

ETUDE DE LA TRAUMATOLOGIE TRADITIONNELLE EN PAYS DOGON (MALI)

DIAKITE C¹, MOUNKORO P.P¹, DOUGNON A¹, BAIGUINI G², BONCIANI M² ET GIANIS³

1. Centre Régional de Médecine Traditionnelle, BP 23 Bandiagara (Mopti, Mali) - tél. : (223) 2442006
2. Terra Nuova, Organisation non gouvernementale, Rome (Italie)
3. Aidemet Ong BP 2174 Bamako (Mali)

Correspondance à adresser : Sergio Giani, Aidemet Ong BP 2174 Bamako (Mali)
 tél. : (223) 2242904
 E-mail : aidemet@afribone.ml.net

RESUME

L'étude a été menée dans le cadre d'un projet d'appui au Centre Régional de Médecine Traditionnelle et aux Associations des Tradipraticiens de Santé de Bandiagara (Mali). L'objectif visé était de réaliser un suivi rapproché des activités des Traumatologues Traditionnels (TT) du Pays Dogon pour pouvoir évaluer l'importance, les difficultés rencontrées, l'efficacité et les insuffisances de leur travail. Il s'agit d'une étude prospective réalisée sur le terrain d'avril 2000 à mai 2001. 18 TT, opérant dans 17 villages, ont participé à l'étude, avec un système d'enregistrement symbolique des cas traités. Cinq tournées de collecte de données et de monitoring ont été réalisées de juin 2000 à mai 2001. Tous les patients qui se trouvaient chez le TT lors des visites ont fait objet d'examen clinique. Pendant les 12 mois de collecte de données, les 18 TT ont enregistré 4.671 interventions, dont 404 fractures exposées et/ou compliquées (8,65%), 1.415 fractures simples (30,29%) et 2.852 luxations et entorses (61,06%). Sur les 101 patients qui ont fait l'objet d'examen clinique, aucun cas de complications post-traumatiques n'a été relevé. L'étude confirme l'importance et la qualité du travail des TT du Pays Dogon et ouvre des pistes de collaboration entre Médecine Traditionnelle et Médecine Moderne pour la prise en charge optimale des traumatismes.

MOTS CLES : traumatologie traditionnelle, tradithérapeutes, Dogon, Mali

INTRODUCTION :

Jusqu'à présent, l'OMS estime que 80% des populations rurales vivant dans les pays en développement sont tributaires de la Médecine Traditionnelle (MT) pour leurs besoins de santé [1]. Au Mali, il est certain que la grande majorité de la population utilise toujours les ressources de la MT pour résoudre ses problèmes de santé. Il a été estimé en 1980 qu'il existait un Tradipraticien de Santé (TS) pour 500 habitants et un Médecin pour 40.000 habitants [2]. Actuellement, il y a un Médecin pour plus de 15.800 habitants [3], mais il n'y a pas une estimation actualisée

ABSTRACT**Survey of traditional traumatology in Dogon Country (Mali).**

The survey has been led on the context of a support project to the Regional Centre of Traditional Medicine and to the Associations of the Traditional Healers of Bandiagara District in Mali. The goal was to carry out a closer follow-up of the activities of the Traditional Traumatologists (TT) of the Dogon Country, to value the importance, the difficulties, the efficiency and the lacks of their work. It was question of a prospective survey, achieved from April 2000 to May 2001. 18 TT, operating in 17 villages were involved in the survey, with a symbolic recording system of the treated cases. Five tours of data collection and monitoring have been achieved from June 2000 to May 2001. All patients present at the TT place in the moment of the visits were subjected to a clinical examination. During the 12 months of data collection, the 18 TT recorded 4.671 interventions, of which 404 open and/or complicate fractures (8,65%), 1.415 simple fractures (30,29%) and 2.852 dislocations and sprains (61,06%). On the 101 patients clinically examined, no case of complications post treatment has been raised. The survey confirms the importance and the quality of the work of the TT of the Dogon Country and opens a way of collaboration between Traditional and Modern Medicine for the optimal care of the cases of traumatism.

KEY WORDS : traditional traumatology, traditional healers, Dogon, Mali

du nombre de TS. Cependant, seulement les TS du District de Bandiagara adhérant aux différentes associations étaient, à l'époque de l'étude, 215 [4], soit un TS pour environ 1.000 habitants. Pour certaines catégories nosologiques, la MT bénéficie d'une très grande popularité auprès de toutes les couches sociales de la population malienne, notamment : les affections hépatiques, les troubles mentaux et les traumatismes. Les quelques études disponibles sur la traumatologie traditionnelle au Mali ont porté surtout sur les échecs des traitements traditionnels. Il n'existe presque pas d'études sur les traumatologues traditionnels (TT) du Pays Dogon, qui sont par ailleurs très renommés même au-delà de leur contrée. Cette renommée est certainement fonction de la nature très accidentée du plateau et de la falaise, mais aussi de l'existence de plusieurs grandes écoles familiales de traumatologie traditionnelle.

Le Centre Régional de Médecine Traditionnelle (CRMT) de Bandiagara, fruit de la coopération sanitaire entre le Mali et l'Italie, est fonctionnel depuis 1990 [5]. Le CRMT est un démemberement en milieu rural du Département de Médecine Traditionnelle (DMT) de l'Institut National de

Recherche de Santé Publique (INRSP) du Ministère de Santé. Au départ, le CRMT présentait une orientation vers l'étude de la psychiatrie traditionnelle, mais sa mission a été toujours liée à la promotion de l'articulation entre médecine traditionnelle et médecine moderne sur les problèmes prioritaires de santé publique et au soutien à la dynamique associative des TS du Pays Dogon.

La présente étude a été menée dans le cadre d'un projet d'appui au CRMT et aux Associations des Tradipraticiens de Santé (ATS) de Bandiagara (Projet *Terra Nuova*/GRT/Oriss/Coopération Italienne). L'objectif visé était de réaliser un suivi rapproché des activités des TT pour pouvoir évaluer l'importance, les difficultés, l'efficacité et les insuffisances de leur travail.

La décision de développer une recherche opérationnelle sur la traumatologie traditionnelle a été prise, entre autres, sur la base des priorités exprimées par les ATS lors d'une tournée de visites effectuée par l'équipe du projet en février/mars 2000. Cette priorité a été validée lors d'une assemblée générale des ATS [6]. **METHODOLOGIE**

Il s'agit d'une étude prospective réalisée dans le District de Bandiagara (Région de Mopti, Mali) d'avril 2000 à mai 2001, avec une approche participative et pédagogique. Les TT inclus dans l'étude ont été désignés par les ATS au cours d'une assemblée générale tenue à Bandiagara en avril 2000.

En mai 2000, un atelier de concertation avec les TT a permis d'identifier les différentes catégories nosologiques traditionnelles des traumatismes et d'adopter un système d'enregistrement des cas auprès des TT par des nœuds sur des ficelles en plastique de trois couleurs, clouées sur une barrette en bois. Chaque nœud correspondait à un nouveau cas. Le nœud sur la ficelle verte signifiait luxation ou entorse ; sur la ficelle bleue, fracture simple non exposée ; sur la ficelle rouge, fracture exposée et/ou compliquée. Une discussion approfondie a permis d'identifier les correspondances entre les définitions en médecine moderne et les termes traditionnels, les diagnostics traditionnels étant réalisés, en fonction de l'expérience du TT, par observation et palpation. Pour faciliter la localisation et l'identification du type de traumatisme, les TT participant à l'étude ont reçu un aide-mémoire à images avec la vue ventrale et dorsale du squelette et des muscles et la visualisation schématique de la luxation et entorse, de la fracture simple et de la fracture compliquée ou/et exposée, avec les ficelles correspondantes. La fracture est définie simple si la cassure de l'os est nette et les vaisseaux sanguins et les tissus ne sont pas endommagés. Les fractures sont définies exposées et/ou compliquées si les os sont fragmentés et les organes annexes endommagés, notamment en présence de saignement et d'exposition d'os.

Pendant l'atelier, les mesures d'hygiène à utiliser pendant les traitements pour éviter les complications ont été définies de façon participative.

L'atelier a été animé selon les principes de la communication interculturelle et de l'échange dynamique. A la demande des TT, il a été décidé de faire construire par un menuisier local et de fournir de lits orthopédiques traditionnels améliorés, dont le modèle a été proposé par eux-mêmes (Photo n° 1). Ces lits devraient augmenter l'efficacité des traitements traditionnels dans les cas de traumatismes aux membres inférieurs nécessitant l'immobilisation des patients.

Pendant la période d'observation, de juin 2000 à mai 2001, l'équipe du projet, composée par un médecin, un infirmier de santé publique et un technicien de

développement communautaire, a effectué cinq tournées de collecte de données, de monitoring et de formation continue des TT.

Chaque fois que cela a été possible, le Chef de Poste Médical du CScCom de référence du village du TT a été impliqué dans la visite.

Tous les patients qui se trouvaient chez le TT au moment de la visite ont fait l'objet d'examen clinique.

Deux supports d'enquête ont été utilisés : une "Fiche traumatologue traditionnel", qui permettait de collecter les données relatives aux TT impliqués dans l'étude et une "Fiche malade" qui permettait de collecter les données relatives aux patients examinés. Un cahier permettait de relever les données enregistrées par les TT avec les nœuds sur les ficelles. Chaque fois qu'il y a eu doute de la fiabilité des enregistrements, les données n'ont pas été comptabilisées.

Les données collectées ont été analysées sur Epi-Info et Microsoft Excel.

Un atelier de restitution des résultats de l'étude a été réalisé en mai 2001, avec la participation des TT impliqués, de l'équipe du projet et des représentants du CRMT, du Centre de Santé de Référence de Bandiagara, de l'Hôpital Régional de Mopti et du DMT [6].

RESULTATS

Les traumatologues traditionnels : Sur désignation des ATS, 18 TT, représentant 17 villages, ont participé à l'étude. Les données collectées nous ont permis de définir quelques caractéristiques générales de ces TT.

Il s'agissait d'individus exclusivement de sexe masculin et d'âge adulte. La majorité d'entre eux avaient plus de 60 ans (66,67%) et ont appris à traiter les traumatismes avec leur père (77,78%). La formation à la traumatologie a commencé entre 14 et 20 ans (92,85%) et a duré entre 5 et 10 ans (61,11%). Ils ont commencé à traiter les malades de façon autonome à un âge compris entre 20 et 30 ans (66,67%). Souvent l'autonomie a été liée à la mort du maître ou à l'autorisation du maître à exercer en son absence ou à s'installer dans d'autres villages.

Il n'y avait pas un âge précis pour la transmission des secrets concernant notamment la préparation des médicaments traditionnels utilisés et les incantations qui accompagnent les traitements. Les incantations ont été apprises pendant le processus de formation. En ce qui concerne les médicaments, même si l'élève connaissait comment les préparer, souvent il n'a pas été autorisé à le faire jusqu'à la mort de son maître : même des TT qui exerçaient en autonomie se rendaient chez le maître pour s'approvisionner en médicaments.

La majorité des TT étaient en train de transmettre leur savoir (83,33%). Nous avons pu recenser 36 élèves, tous de sexe masculin. La majorité d'entre eux avait un âge compris entre 20 et 40 ans (69,45%). Ils avaient tous un certain degré de parenté avec le maître : en majorité, ils étaient des fils du maître (69,45%).

Nous avons pu identifier au moins sept grandes écoles familiales de traumatologie traditionnelle, dans les villages de Anakanda, Bendjeli, Kentaba, Klégou, Nombori, Ondougou et Togno.

Tous les TT collaboraient avec d'autres TT, mais seulement 27,78% d'entre eux collaboraient avec les TT du même village. 77,78% recevaient des patients envoyés par des TT d'autres villages, tandis que 44,44% envoyaient des malades à des TT d'autres villages. 66,67% recevaient et envoyaient des patients aussi aux Centres de Santé.

Le Tableau n° 1 montre la liste des TT ayant participé à l'étude, ainsi que les villages respectifs avec les distances du CSRéf de Bandiagara.

Les cas enregistrés : Pendant les 12 mois de collecte de données, les 18 TT ont enregistré 4.671 interventions, dont 404 fractures exposées et/ou compliquées (8,65%), 1.415 fractures simples (30,29%) et 2.852 luxations et entorses (61,06%). La moyenne d'interventions par TT était de 260, avec un maximum de 545 et un minimum de 18. Le taux global de fréquentation pour les 18 TT était de 0,022 par habitant et par an.

Les détails des données concernant les cas enregistrés par les TT ayant participé à l'étude sont mentionnés dans le Tableau n° 2 et dans la Figure n° 1.

Les cas cliniques examinés : Pendant les cinq tournées de visites, les 101 patients qui se trouvaient chez les TT ont fait objet d'examen clinique, soit 2,16% des cas enregistrés. Il s'agissait de 9 fractures exposées et/ou compliquées (8,91%), 44 fractures simples (43,56%) et 48 luxations et entorses (47,52%). Parmi ces patients, l'examen clinique effectué par l'équipe de visite n'a relevé aucun cas de complications post-traumatiques, notamment fièvre, œdème, suppuration, inflammation, douleur, altérations visibles, raideur, retard de consolidation ou de cicatrisation, etc. Les patients étaient en majorité de sexe masculin (62,67%). Ils avaient en majorité moins de 20 ans (48%) ou plus de 40 (36%). Ils étaient en majorité cultivateurs (34,43%), ménagères (26,33%) ou élèves (13,11%). Ils provenaient du même village (47,54%) et s'étaient rendus d'eux-mêmes chez le TT (89,66%). Les traumatismes concernaient, entre autres, le fémur (20,75%), l'articulation de la cheville (14,15%), l'articulation de la hanche (10,38%). Les causes du traumatisme étaient surtout les accidents de circulation (22,77%), les accidents en marchant (21,78%), les chutes des arbres (18,81%) et les chutes de dos d'ânes (10,89%). Les traitements les plus utilisés sont les massages, dans 90,67% des cas, puis la réduction plus la traction, dans 85,33% des cas. Les TT ont souvent utilisé les bandages et/ou les attelles, dans 66,67% des cas. Les médicaments traditionnels ont accompagné le traitement dans 89,33% des cas. Le lit orthopédique traditionnel amélioré a été utilisé dans 25,33% des cas.

Les détails des données concernant les cas cliniques examinés sont mentionnés dans les Tableaux n° 3 et 4.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION : L'importance des traumatismes comme problème de santé publique n'est plus à démontrer. Selon l'OMS [7], en 2002 près d'1,2 millions de personnes sont décédées dans le monde des suites de traumatismes dus à des accidents de circulation. Pour tout décès, des dizaines d'accidentés se retrouvent avec des incapacités permanentes ou temporaires qui limitent la qualité de leur vie. Les traumatismes dus aux accidents de la rue arrivaient ainsi au 9^{ème} rang des principales causes d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) perdues, représentant ainsi 2,6% du fardeau mondial des maladies. Les pays à faible ou à moyen revenu supportent 91,8% de ce fardeau. Toujours en 2002, les décès dus aux accidents de la route ne représentaient que 26% des décès imputables à tout traumatisme dans le monde. Au Mali, les traumatismes, avec les plaies et les brûlures, sont la troisième cause de morbidité, après le paludisme et les infections respiratoires aiguës et avant les maladies diarrhéiques [8]. En dehors de Bamako et de quelques capitales régionales, la disponibilité de services de traumatologie fonctionnels est rare. Nous pouvons

donc supposer que la majorité des cas de traumatismes soient pris en charge par le système traditionnel. C'est pour cela qu'il est très important de réfléchir, sur la base de données fiables, avec réalisme et pragmatisme, sur des hypothèses d'articulation entre le système traditionnel et moderne de prise en charge des traumatismes pour pouvoir utiliser au mieux toutes les ressources disponibles.

Il existe quelques études sur la traumatologie traditionnelle au Mali. Imperato a recensé quelques informations générales sur le traitement traditionnel des fractures et des luxations en milieu bambara [9]. D'autres travaux plus récents ont porté généralement sur les échecs des traitements traditionnels. Une observation réalisée d'octobre 1986 à octobre 1987 [10] a permis d'étudier 432 cas de traumatismes de l'appareil locomoteur, dont 251 traités par la médecine moderne dans des hôpitaux et centres spécialisés, 27 cas traités par des formations sanitaires non spécialisées et 154 cas traités par le TT. Parmi ces derniers, il s'agissait, dans la grande majorité de ces cas, de complications après traitement traditionnel reçus secondairement par les services spécialisés, mais aussi de 31 cas repérés chez un TT de Bamako, dont seulement 25 ont pu être suivis après traitement. Selon l'évaluation clinique et radiologique effectuée, le résultat a été bon pour 36% des cas, médiocre pour 28% et mauvais pour 36%. Nous pensons que la taille de l'échantillon était trop petite pour pouvoir généraliser ces résultats.

Une autre étude a concerné les cas de complications des fractures et luxations, ayant passé dans un premier temps chez les TT, traitées de janvier 1995 à décembre 1996 au Service de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré [11]. Sur 490 cas, les complications les plus fréquentes ont porté sur des syndromes inflammatoires (28,37%), des raideurs articulaires (25,10%), des ostéites et ostéomyélites (9%) et des calcs vicieux (7,55%). Nous ne pouvons pas connaître l'incidence de ces complications sur le total de cas traités, par manque d'informations exhaustives sur les cas traités par les TT. Le même auteur a effectué des entretiens avec quatre TT (qu'il appelle rebouteux) du District de Bandiagara sur les techniques traditionnelles de traitement des traumatismes. Deux des TT interrogés ont participé à notre étude.

Les données de notre étude démontrent pour la première fois l'importance quantitative et qualitative du travail des TT du Pays Dogon. Il en ressort que leur renommée populaire n'est pas abusive. Le fait qu'aucune complication post-traumatique cliniquement relevable n'ait été détectée lors des visites effectuées chez les TT est déjà significatif. Une étude épidémiologique rétrospective effectuée en mars 2002 auprès du CSRéf de Bandiagara et l'Hôpital de Mopti a confirmé les conclusions de notre recherche. Dans la même période de douze mois, le CSRéf de Bandiagara a traité un total de 17 pathologies orthopédiques. L'Hôpital de Mopti a traité 16 cas de pathologies orthopédiques provenant du District de Bandiagara, avec seulement 4 cas de complications à la suite d'un traitement traditionnel [12]. Il est donc évident que les traumatologues traditionnels du pays Dogon prennent presque totalement en charge les cas de traumatologie du District de Bandiagara. Le taux d'échec de leurs traitements traditionnels est très bas : 0,99% par rapport au nombre total de fractures exposées et/ou compliquées traitées, 0,086% par rapport au nombre total des cas enregistrés et 0,0019% par rapport à la population total du District. Même si les données des seules structures sanitaires modernes ne nous permettent pas d'affirmer tout à fait l'inexistence de complications, elles nous donnent quand même une indication générale sur le

fait que le traitement des traumatismes par les TT du pays Dogon n'est pas aussi mauvais que ça. Par ailleurs, à l'Hôpital de Mopti, le taux de cas de complications post-traitement traditionnel provenant des autres districts de la Région est de 0,0027 % sur la population totale [12]. Cette donnée nous permet de confirmer l'hypothèse que les TT du District de Bandiagara possèdent une grande capacité de prise en charge des traumatismes. L'efficacité des traitements pourrait aussi être mise en relation avec les connaissances concernant les plantes médicinales : une étude ethnopharmacologique récente sur les plantes utilisées en Pays Dogon pour soigner les plaies a pu recenser 73 plantes, appartenant à 34 familles. Ces plantes sont utilisées en poudre ou en décoction comme premier secours pour laver les plaies et arrêter les hémorragies, ainsi que pour extraire le pus des plaies infectées [13].

CONCLUSION : L'objectif de notre étude n'était pas de décrire les traitements traditionnels des traumatismes en pays Dogon, mais surtout de mesurer la portée et l'impact du travail des TT, détecter les insuffisances et identifier des pistes pour l'amélioration de ce travail. Dans ce contexte, nous pensons d'avoir atteint les résultats espérés grâce surtout à l'appropriation par les TT des objectifs visés. Les TT ont en effet compris qu'il ne s'agissait pas d'une évaluation externe de leurs capacités mais d'une concertation et d'un échange pour la reconnaissance de l'importance de leur travail, afin de valoriser davantage leur rôle dans la prise en charge des traumatismes et d'améliorer leurs activités de soins. A cet effet, la méthodologie et les approches privilégiées ont été très importantes. Les TT ont beaucoup apprécié que l'identification des objectifs à atteindre et le choix des activités à mener aient été réalisés de commun accord, avec leur participation active : pour la première fois ils ont eu la perception d'être acteurs et non pas objets d'étude.

- Les TT ont démontré pendant l'étude leur pleine disponibilité à la collaboration avec les agents de la médecine moderne. Les pistes à parcourir pour une collaboration effective et efficace passent par la mise en place de cadres de concertation aux différents niveaux et par la réflexion conjointe sur la prise en charge optimale des cas critiques, avec l'utilisation rationnelle de toutes les ressources disponibles. Il est évident que, dans le domaine de la traumatologie, les capacités du système moderne de santé sont actuellement très limitées. Il faut donc imaginer des parcours parallèles de formation des TT et des agents de santé, pour mieux définir les procédures d'aide d'urgence, pour identifier les possibilités d'un transport correct, pour améliorer la gestion générale des fractures et de la réhabilitation et pour développer une approche concordée pour la prévention des complications post-traumatiques.
- La recherche a démontré aussi la possibilité de mettre en place un système autogéré d'enregistrement des cas par les acteurs de la médecine traditionnelle. Il s'agit d'un résultat très important dans la perspective de la prise en compte des activités de médecine traditionnelle dans le Programme de Développement Socio-Sanitaire et dans le Système d'Information Sanitaire. La récente validation du document de Politique Nationale de Médecine Traditionnelle offre un cadre de référence et des indications opérationnelles dans cette perspective [14].
- La réalisation d'études sur la traumatologie traditionnelle, avec la même méthodologie de

recherche participative, dans d'autres régions du Mali s'avère nécessaire pour pouvoir généraliser les résultats atteints et parvenir à la définition d'une stratégie nationale de prise en charge des traumatismes avec l'implication des acteurs de la médecine traditionnelle.

Si l'excellence des écoles de traumatologie traditionnelle du Pays Dogon s'avèrerait confirmée, il faudrait ouvrir un dialogue avec les détenteurs du savoir et du pouvoir traditionnel de guérir sur la possibilité et les modalités d'ouverture de la formation traditionnelle en traumatologie aux élèves d'autres régions du Mali, pour améliorer davantage la prise en charge traditionnelle des traumatismes.

REMERCIEMENTS : Les auteurs tiennent à remercier la Fédération des Associations des Thérapeutes Traditionnels de Bandiagara et les TT qui ont participé à l'étude : c'est grâce à leur engagement et à leur ouverture d'esprit que l'étude a pu être menée dans les meilleures conditions et obtenir les résultats qui ont été présentés.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS, Bureau Régional pour l'Afrique, *Promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans le système de santé : stratégie de la Région Africaine*, Harare (Zimbabwe), 2001.
2. Koumaré M., *La Médecine Traditionnelle au Mali*, INRPMT, Bamako, 1980.
3. UNAIDS, World Bank and UNPD, Compiled by the Statistics Division from ADB databases, 2003.
4. CRMT, *Rapport d'activités*, Bandiagara, 2001.
5. Coppo P. et Keita A. (sous la direction de), *Médecine traditionnelle, acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Ed. E, Trieste, (Italie), 1990.
6. CRMT, *Actes de l'atelier sur la Traumatologie Traditionnelle sur le plateau Dogon*, CRMT-Terra Nuova, Bandiagara, 2001.
7. OMS, *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*, Genève (Suisse) 2004.
8. PNUD, *Aide, endettement, pauvreté. Rapport national sur le Développement Humain Durable 2000*, Bamako, 2001.
9. Imperato J.P., *African traditional medicine. Practices and beliefs of the Bambara and other people*, New York press, Baltimore (USA), 1977, pp. 179-180.
10. Diallo M., *L'Ortho-Traumatologie en Médecine Moderne et Traditionnelle au Mali. A propos de 432 cas d'observations*, Thèse, ENMP, Bamako, 1988.
11. Diarra B. M., *L'Ortho-Traumatologie Traditionnelle au Mali : des techniques thérapeutiques aux complications*, Thèse, FMPOS, Bamako, 1997.
12. Tuseo L., Bonciani M. et Ciccone R., *Prospettive per l'articolazione tra medicina tradizionale e medicina convenzionale in Mali*, Thèse, Istituto Superiore di Sanità, ICHM, Roma (Italie), 2002.

13. Inngjerdingen K., Nergard C.S., Diallo D., Mounkoro P.P., Paulsen B.S., *An ethnopharmacological survey of plants used for wound healing in Dogonland, Mali, West Africa*, Journal of Ethnopharmacology, Juin 2004 ; 92(2-3), pp. 233-44.
14. DMT/INRSP, *Document de Politique Nationale de Médecine Traditionnelle*, Bamako, 2004

Tableau n° 1 : Liste des traumatologues traditionnels ayant participé à l'étude.

Thérapeute	Village	Distance du CSRéf
Ankondio Arama	Ama	50 km
Kounindjou Kéné	Anakanda	15 km
Patrice Guindo	Bandiagara	=
Nouh Tapily	Bendjély	20 km
Amayo Guindo	Bodio	16 km
Anda Kélépily	Dagabidè	22 km
Barama Kodio	Ibi	60 km
Paul Dougnon	Irely	65 km
Atoi Dougnon		
Kalba Guindo	Irguili	45 km
Douro Karambé	Kentaba/Nan	35 km
Moussa S. Kouriba	Klégou	70 km
Antando Kassogué	Moley	30 km
Drissa Yalcouyé	Ningari	55 km
Philippe Guindo	Nombori	50 km
Biné Timbiné	Ondougou	60 km
Meba Guindo	Tabagolo	12 km
Garibou Kassogué	Togno	5 km

Tableau n° 2 : Cas enregistrés par les traumatologues traditionnels.

Thérapeute	Cas enregistrés en 12 mois			Nbre total d'interventions	Moyenne/mois
	Fracture exposée et/ou compliquée	Fracture simple	Luxation et entorse		
Ankondio Arama	6	13	21	40	3,33
Kounindjou Kéné	30	153	209	392	32,67
Patrice Guindo	10	54	146	201	17,50
Nouh Tapily	8	65	79	152	12,67
Amayo Guindo	14	115	190	319	26,58
Anda Kélépily	7	42	67	116	9,67
Barama Kodio	0	2	76	78	6,50
Kalba Guindo	0	17	72	89	7,42
Paul Dougnon	2	15	51	68	5,67
Atoi Dougnon	0	5	48	53	4,42
Douro Karambé	114	184	146	444	37,00
Moussa S. Kouriba	5	66	390	461	38,42
Antando Kassogué	4	9	5	18	1,50
Drissa Yalcouyé	13	155	183	351	29,25
Philippe Guindo	103	188	192	483	40,25
Biné Timbiné	17	80	448	545	45,42
Meba Guindo	63	173	288	524	43,67
Garibou Kassogué	8	79	241	328	27,33
Total	404	1415	2852	4.671	389,25

Tableau n° 3 : Les cas cliniques examinés chez les traumatologues traditionnels.

Description	Effectif	Fréquence
Fractures exposées et/ou compliquées	9	8,91 %
Fractures simples	44	43,56 %
Luxations et entorses	48	47,53 %
Total	101	100 %

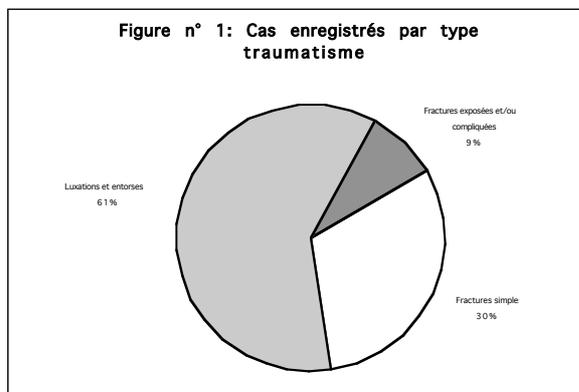


Photo n° 1 : Le lit orthopédique traditionnel amélioré

Tableau n° 4 : Les cas cliniques examinés : répartition par localisation.

Localisa-tion	Effectif				Fréquence
	Fracture exposée et/ou compliquée	Fracture simple	Luxation et entorse	Total	
Fémur	3	19	0	22	20,75 %
Articulation cheville	0	0	15	15	14,15 %
Articulation hanche	0	0	11	11	10,38 %
Tibia	3	7	0	10	9,43 %
Radius	2	4	0	6	5,66 %
Articul. humérus/omoplate	0	0	6	6	5,66 %
Art. radius/humérus	0	1	4	5	4,72 %
Rachis	0	0	5	5	4,72 %
Clavicule	0	4	0	4	3,77 %
Rotule/genoux	0	1	3	4	3,77 %
Articulation poignet	0	1	3	4	3,77 %
Radius cubitus +	0	3	3	3	2,83 %
Humérus	0	3	0	3	2,83 %
Côtes	0	2	1	3	2,83 %
Autres	1	2	2	5	4,72 %
Total	9	47	50	106*	100 %

* Le nombre de traumatismes ne correspondent pas au nombre de traumatisés car il y a quelque cas de traumatismes multiples.

Annexe :

AVCI (Années de vie corrigées de l'incapacité) : Il s'agit d'un indicateur utilisé par l'OMS et la Banque Mondiale pour mesurer et comparer la charge sociale économique des différentes maladies. La mesure de l'AVCI (en anglais Dayly disability ajusted life years) permet d'évaluer l'impact d'une maladie ou traumatisme en fonction de la la perte de qualité de vie subie par les individus. La méthode consiste à attribuer un degré à chaque année de vie, qu'elle soit médicalement sans problème, troublée par une maladie quelconque ou complètement perdue en raison d'un décès prématuré. Cet indicateur varie de 0,0 (décès) à 1,0 (parfaite santé). Ainsi une AVCI est égale à une année de vie en bonne santé perdue.